

عملية وزارة خدمات الرعاية الصحية لتقديم شكاوى بشأن التمييز في الوصول إلى الخدمات لغير الناطقين بالإنجليزية (المادة السادسة وقانون ديمالي أتور للخدمات ثنائية اللغة)

حقوق مُقدم الشكوى

يتطلب قانون الولاية والفيديري من وزارة خدمات الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا تقديم الخدمات بلغات غير اللغة الإنجليزية للأشخاص ذوي كفاءة محدودة في اللغة الإنجليزية.

ينص القانون الفيديري بأنه يجب على جميع المنظمات التي تتلقى أموال فيدرالية اتخاذ خطوات لضمان عدم استخدام هذه الأموال في أغراض تمييزية. يجب على جميع الأشخاص والمنظمات التي تقدم مساعدات برنامج Medi-Cal في ولاية كاليفورنيا احترام حقوق المستفيد ويمتنعون عن أيّ تفرقة في إدارة خدمات Medi-Cal، بما في ذلك إمكانية وصول الأشخاص ذو كفاءة محدودة في اللغة الإنجليزية (LEP) إلى الخدمات. أنشأ مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة خدمات الرعاية الصحية عملية تقديم الشكاوى هذه للمستفيدين من مساعدات برنامج Medi-Cal من أجل تقديم شكاوى صوتية عن أيّ تمييز مزعوم في الوصول إلى الخدمات باللغة التي يجيدونها ضد أيّ فرد أو منظمة يعتقدون أنها شاركت في هذا النوع من التمييز.

فيما يتعلق بشكاوى التمييز، يحق لمُقدم الشكوى:

- تقديم شكوى خطية إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة خدمات الرعاية الصحية في غضون عام واحد (365 يوماً) من حادثة التمييز غير القانونية المزعومة. ويجب أن تتضمن الشكاوى الخطية الفعل الذي يعتبر تمييزاً والتعويض الذي يطلبه مُقدم الشكوى.
- تقديم شكوى بموجب المادة السادسة من قانون الحقوق المدنية لعام 1964، وقوانين الولاية والفيدرالية السارية الأخرى إلى مكتب الحقوق المدنية للخدمات الصحية والبشرية الفيديرية و/أو مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة خدمات الرعاية الصحية. ووفقاً للمادة السادسة، يجب أن تقدم الشكاوى في غضون مائة وثمانون (180) يوماً من حدوث هذا التصرف العنصري المزعوم.
- إجراء تحقيق عادل
- حضور ممثل نيابة عنه، وفق اختياره وعلى نفقته، في جميع مراحل العملية.
- لا يمارس عليه أيّ قيود أو تأثير أو إكراه أو انتقام.
- طلب مكتب الحقوق المدنية للخدمات الصحية والبشرية مراجعة إجراء مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة خدمات الرعاية الصحية.

مُقدم الشكوى مسؤول عن:

تقديم معلومات دقيقة وواقعية خلال جميع مراحل عملية الشكوى. قراءة هذه الحقوق والمسؤوليات وفهما.

بيان الخصوصية

يتطلب قانون التصرف في المعلومات لعام 1977 (القانون المدني لولاية كاليفورنيا، قسم 1798.1) وقانون الخصوصية الفيدرالي لعام 1974 (المادة الخامسة، قانون الولايات المتحدة، قسم 552a) تقديم هذا الإخطار عند جمع المعلومات الشخصية من الأفراد.

يفحص مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة خدمات الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا المعلومات الواردة في نموذج شكوى الوصول إلى الخدمات لغير الناطقين بالإنجليزية وفقاً لقانون ديمالي ألاتور للخدمات ثنائية اللغة والمادة السادسة من قانون الحقوق المدنية لعام 1964.

جميع المعلومات الواردة في الطلب طوعية؛ ومع ذلك، قد يؤدي عدم تقديم معلومات دقيقة وكاملة إلى عدم قدرة وزارة خدمات الرعاية الصحية بالاتصال بمقدم الشكوى. والغرض الرئيسي من ذلك هو استخدام المعلومات في التواصل مع مُقدم الشكوى و/أو لطلب معلومات إضافية فيما يتعلق بشكوى التمييز.

لن تكشف وزارة خدمات الرعاية الصحية، سواء بطريقة معروفة أو متوقعة، عن أيّ معلومات تم جمعها. ومع ذلك، يجب التعامل مع الشكوى في محكمة القانون العام، وقد يكون الكشف عن المعلومات إلزامي. يحق لمُقدم الشكوى الوصول إلى السجلات التي تحتوي على المعلومات الشخصية التي تحتفظ بها وزارة خدمات الرعاية الصحية.

| | |
|---------|---------|
| التاريخ | التوقيع |
|---------|---------|

برنامج الامتثال الخارجي للحقوق المدنية، شكوى بخصوص التمييز في الوصول إلى الخدمات لغير الناطقين بالإنجليزية

ينبغي استكمال النموذج وإرساله إلى:

**Department of Health Care Services, Office of Civil Rights
PO Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413**

| | |
|----------------|------------|
| الاسم | التاريخ |
| العنوان | رقم الحالة |
| رقم الهاتف () | |

| الوكالة / اسم الشخص الذي تصرف بطريقة عنصرية | الوظيفة | تاريخ الحدوث | العنوان/رقم الهاتف |
|---|---------|--------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

مشكلات الوصول إلى الخدمات لغير الناطقين بالإنجليزية (يُرجى تحديد كل ما ينطبق):

عدم وجود علامات لإعلام الجمهور بخدمات الترجمة

قلة النماذج / المواد بلغات متعددة

ندرة الموظفين ثنائي اللغة

أخرى:

صِف بأسلوبك التصرفات التي حدثت وجعلتك تعتقد بأنك تعرضت للتمييز.

أشر إلى القرار الذي تتشده.

أؤكد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وكاملة وفق معرفتي واعتقادي.

| | |
|---------|--------------------|
| التاريخ | توقيع مُقدم الشكوى |
|---------|--------------------|